

Ю. Ю. Антропова
д-р социол. наук, профессор, директор департамента
государственного и муниципального управления;
Е. Э. Лайковская
канд. мед. наук, доцент, первый заместитель министра
социальной политики Свердловской области

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЕМ В РЕГИОНЕ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ

Успешность междисциплинарных и межведомственных взаимодействий позволяет адекватно отвечать на широкий спектр современных социально-экономических вызовов развития страны и ее регионов. Междисциплинарные и межведомственные связи могут носить как «солидаристический» характер, так и «конфликтный» [1, с. 503]. Если в первом случае наблюдается кооперация стратегий, сил и ресурсов ради достижения поставленных задач, то во втором – борьба за сферы влияния и отстаивание внутриведомственных интересов.

Организация медико-социальной помощи семье и детям (уже исходя из названия) является междисциплинарным и межведомственным направлением и включена в зону ответственности двух направлений социальной политики: социальной защиты и здравоохранения (в частности, достаточно нового для России направления – социальной педиатрии).

Социальная педиатрия изучает состояние здоровья детей, анализирует комплекс факторов, влияющих на формирование их здоровья; обосновывает направление медико-социальной профилактики и реабилитации; разрабатывает принципы организации медицинской помощи детскому населению. Социальная защита населения через систему социального обслуживания семьи и детей и мер социальной поддержки оказывает социальные услуги семье и детям; осуществляет поддержку семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации, для реализации ими своих функций.

В основу разработки основных подходов к организации медико-социальной помощи семье и детям в Свердловской области были положены понимание «возрастающей роли семьи в общественном развитии, необходимость взаимного согласования интересов государства и семьи, а также важность оптимизации межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в интересах семьи» [2, с. 115].

Кроме того, основополагающими в разработке самого содержания помощи явились негативные показатели состояния психофизического и социального здоровья семьи и детей в регионе и прогнозные оценки возможного «сокращения “поля детства”» [3, с. 4] при сохранении существующей политики поддержки семьи и детей.

По данным ежегодного мониторинга положения семьи и детей в Свердловской области, отраженного в ежегодном докладе о положении семьи и детей в Свердловской области, на начало 2012 года в Свердловской области численность семей с детьми составляла более 500 тыс., из них 218 тыс. – молодые семьи и 29 тыс. – многодетные (с тремя и более детьми). 80,5 тыс. семей отнесены к семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, более 15,0 тыс. семей воспитывают более 16,0 тыс. детей-инвалидов. Таким образом, почти 70 % семей с детьми Свердловской области проживают в ситуации, которая характеризуется, с одной стороны, нестабильностью текущих семейных доходов, связанных с потреблением и направлением расходов на жизненные нужды, с другой – с ростом коммерциализации услуг здравоохранения и, соответственно, со снижением доступа к эффективному медицинскому обслуживанию.

Социально-демографическая ситуация в Свердловской области отягощена характерными для России последних десятилетий проблемами: деформированием половозрастной структуры населения; снижением коэффициента фертильности; сужением режима замещения поколений; дроблением семейной структуры; ростом количества неполных семей и разводов; уменьшением коэффициента брачной рождаемости; отрицательной динамикой социального сиротства; высокой распространенностью социально-значимых заболеваний; снижением ожидаемой продолжительности жизни, особенно у мужчин.

К региональной специфике Свердловской области также относится ухудшение состояния здоровья детей и подростков, в том числе рост хронических и социально значимых заболеваний, показателей смертности от внешних причин, ухудшение состояния репродуктивного здоровья.

Таким образом, организация медико-социальной помощи семье и детям рассматривается в регионе как одно из направлений семейной политики, целью которого является повышение оздоровительного потенциала семьи, активизация роли семьи в формировании ответственного отношения к здоровью каждого ее члена, качественное улучшение здоровья уральских семей.

Основными приоритетами системы медико-социальной помощи семье и детям в регионе определены: охрана здоровья матери и ребенка; сохранение и укрепление репродуктивного здоровья населения; организация информационно-просветительской деятельности по формированию ответственного родительства, профилактике социального сиротства.

На сегодняшний день существующие в России и регионах подходы и принципы организации медико-социальной помощи семьям и детям не в полной мере обеспечивают условия реализации поставленной цели. При наличии сформированной ресурсной и технологической базы в системе здравоохранения и в системе социальной защиты отсутствуют единые подходы к обеспечению предотвращения социального неблагополучия, профилактики заболеваний и технологий укрепления здоровья семьи и детей, действенные алгоритмы взаимодействия на этапах выявления, диагностики, выработки совместных программ социальной реабилитации и оздоровления ребенка и членов его семьи, комплексной оценки результативности и эффективности проводимых мероприятий.

Не до конца урегулированы механизмы межведомственного взаимодействия в определении приоритетных направлений организации медико-социальной помощи семье и детям в регионе. Не отработаны алгоритмы организации межведомственного взаимодействия для достижения общей цели по организации всесторонней поддержки семьи. Недостаточно четко определены механизмы обмена информацией и преемственности технологий

в системе здравоохранения и социальной защиты населения. Требуется разработка подходов к созданию комплексной интегративной системы медико-социальной помощи семье и детям на уровне субъекта РФ.

Учитывая вышеизложенное, в Свердловской области были определены приоритетные задачи организации медико-социальной помощи семье и детям и сформированы основные подходы к оценке проводимых мероприятий по их достижению.

Приоритетные межведомственные задачи:

1. Разработка региональных стандартов обязательной медицинской помощи и социального обслуживания (объемы, качество, порядок и условия предоставления) для различных категорий семей.

2. Обеспечение предоставления обязательного минимума (бесплатно) качественных медицинских услуг семьям в соответствии с программой обязательного медицинского страхования и разработанными стандартами обязательной медицинской помощи.

3. Проведение в отношении детей, подростков, беременных женщин и рожениц дополнительных общеоздоровительных мероприятий, содействующих укреплению их здоровья.

4. Обеспечение скрининга и социально-медицинского патронажа ребенка и его семьи в первые три года жизни.

5. Обеспечение детям до трех лет и беременным женщинам бесплатной выдачи лекарственных средств, выписанных врачом, специального питания и проведения диагностических процедур.

6. Формирование института «семейных врачей».

7. Осуществление медико-санитарного просвещения, пропаганды здорового образа жизни среди населения, в том числе через проведение лекториев на предприятиях, в образовательных учреждениях.

8. Поддержание активной позиции семьи в охране здоровья ее членов, включающей бесплатное обеспечение специальными методическими пособиями, проведение консультаций профильных врачей.

9. Создание дополнительных условий для жизнедеятельности членов семей с тяжелыми временными или хроническими заболе-

ваниями, в том числе предоставление необходимого медицинского и реабилитационного оборудования и вспомогательных средств на бесплатной основе или льготных условиях, оказание бесплатной помощи в формировании у больного члена семьи навыков жизненной компетентности (культурно-гигиенических, самообслуживания, социально-бытовой ориентировки, пространственно-временной ориентировки и др.).

10. Возобновление на предприятиях всех видов собственности проведения санитарно-противоэпидемического контроля условий работы граждан, аттестации рабочих мест.

11. Развитие отделений планирования семьи, медико-генетических консультаций, медико-педагогических школ по подготовке молодых людей к браку, рождению и воспитанию детей, пропаганде здорового образа жизни, охране репродуктивного здоровья населения.

12. Разработка и реализация системы профилактических мер по противодействию распространению алкоголизма, наркомании, токсикомании, ВИЧ/СПИД с участием институтов гражданского общества.

13. Разработка и реализация системы мер по охране репродуктивного здоровья населения.

14. Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, предусматривающего повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи женщинам и детям, усиление профилактической направленности здравоохранения, в том числе службы родовспоможения и детства, удовлетворение потребности женщин и детей в дорогостоящих видах медицинской помощи.

15. Совершенствование реабилитационных медицинских мероприятий для беременных женщин и детей первых лет жизни, проживающих в экологически неблагоприятных территориях области.

16. Обеспечение проведения системной диспансеризации работающего населения, в том числе в бюджетной сфере и на предприятиях с вредными и опасными условиями работы.

17. Разработка мер государственной финансовой поддержки семей, страдающих бесплодием.

18. Обеспечение своевременного выявления случаев насилия (психологического, эмоционального, физического и иного) в семье.

19. Реализация системы мер по целенаправленному формированию в общественном сознании семейных ценностей, престижа отцовства и материнства, семейно-ориентированных репродуктивных установок.

20. Внедрение института «семейных социальных педагогов» и «семейных социальных работников».

Одна из главных особенностей настоящего момента состоит в том, что в результате заявленных мер по организации медико-социальной помощи семье и детям у населения сформированы значительные ожидания в части поддержки семей с детьми со стороны государства. Если эти ожидания не оправдаются, политика государства по поддержке семьи будет воспринята как политическая кампания и для возвращения доверия граждан потребуются значительные временные и финансовые ресурсы.

В связи с этим важна системная оценка проводимых мероприятий по решению приоритетных задач. Оценка государственной семейной политики в регионе – достаточно дискуссионный вопрос. На сегодняшний день в Свердловской области (как и в целом в России) нет единых подходов к оценке результативности и эффективности государственной семейной политики. В отечественной науке и практике существуют несколько методологических подходов к оценке программ, планов, проектов, мероприятий государственной социальной политики. Как правило, это адаптированные зарубежные методики либо методики, основанные исключительно на количественных показателях (количество выполненных мероприятий и объемы затраченных средств). Последние активно развивались в рамках модели управления общественными финансами на основе постатейного планирования бюджетов, предусматривающих распределение бюджетных средств по видам затрат. Данная модель создает условия для строгого контроля за исполнением бюджета, но не гарантирует его результативности и эффективности.

По нашему мнению, оценка – это экспертиза действий, выраженных в конкретных мероприятиях, программах и проектах,

направленная на анализ их результативности (т. е. достижение поставленных социально-значимых целей) и эффективности (т. е. экономическую рациональность – отношение использованных ресурсов (затрат) к полученному результату). Оценка осуществляется на основе соотношения полученных результатов и определенных ранее критериев. При этом оценка может быть предварительной (до начала запуска программ и проектов для анализа соответствия потребностям региона), промежуточной (во время реализации для подведения первых итогов и внесения в случае необходимости корректив) и итоговой (после завершения программ и проектов для анализа результатов и их учета при разработке дальнейших действий).

На сегодняшний день модель управления общественными финансами на основе постатейного планирования бюджетов исчерпала свои возможности для повышения эффективности бюджетных расходов, в регионе стоит острая необходимость перехода от количественных измерений к качественным, т. е. от количества выполненных мероприятий и объема затраченных средств к достижению социально-значимых изменений в обществе.

Подход, основанный на показателях социальной результативности, позволяет региональным органам государственной власти оптимизировать процессы принятия управленческих решений, распределения ресурсов, использования человеческого потенциала, а также создать условия для привлечения инвестиций в сферу государственной семейной политики в целом и в организацию медико-социальной помощи семье и детям в частности.

Особый акцент необходимо сделать именно на совершенствовании процессов управления региональными ресурсами, что в условиях нарушения сбалансированности развития муниципальных образований Свердловской области является актуальной задачей, поскольку приводит к внутрирегиональной асимметрии в обеспечении качества жизни семей, проживающих в различных муниципальных образованиях. Требуется снижение уровня пространственной и целевой «концентрации» ресурсов в крупных региональных центрах и создание условий для более равномерного их распределения по территории обла-

сти, в том числе и в так называемых депрессивных населенных пунктах, расположенных, как правило, в восточных и северных районах Свердловской области. При этом 469 населенных пунктов не имеют круглогодичного автодорожного сообщения и, соответственно, проживающие в них семьи изолированы от полноценного доступа к медико-социальной помощи.

На наш взгляд, оценка результативности организации медико-социальной помощи семье и детям должна осуществляться как в процессе внутреннего аудита, так и в процессе внешнего аудита (или общественного мониторинга). Именно процесс общественного мониторинга позволяет семье выступать в качестве активного субъекта государственной семейной политики. Семья, выступая объектом заботы со стороны государства, реализует и свое активное начало (т. е. становится субъектом), оценивая – путем одобрения или неприятия – действия государства по реализации данного направления семейной политики. По мнению А. И. Татаркина и Б. С. Павлова, «семья выступает активным участником производства или деструкции тех или иных материальных или духовных общественных благ или усилий» [4, с. 215].

Результативность организации медико-социальной помощи семье и детям может быть измерена на основе кластерной системы социально-значимых критериев и показателей. В последнее время кластерный подход активно используется в разработке стратегий развития российских регионов, изучении проблем управления эффективностью региональных кластеров, реализации политики развития регионального социально-экономического потенциала. В Свердловской области были предложены 2 кластера оценки результативности организации медико-социальной помощи семье и детям: характеристика здоровья несовершеннолетних и охрана репродуктивного здоровья семьи; демографические характеристики населения.

При выборе критериев в указанных кластерах учитывались результаты реализации мероприятий по достижению поставленных межведомственных задач. При этом возможно ранжирование критериев в зависимости от достигнутых результатов и приоритетов организации медико-социальной помощи семье и детям на предстоящий период (таблица).

**Критерии оценки результативности региональной
государственной семейной политики
в Свердловской области на современном этапе**

Кластер	Критерии	Единицы измерения
Демографические характеристики населения	1. Коэффициент естественного прироста населения. 2. Коэффициент смертности населения. 3. Показатель рождаемости и суммарный коэффициент рождаемости. 4. Число детей и подростков в общей структуре популяции. 5. Количество многодетных семей с тремя и более детьми. 6. Число отказных детей. 7. Общий коэффициент брачности. 8. Общий коэффициент разводимости. 9. Доля вторых и третьих детей в общем числе новорожденных. 10. Доля детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. 11. Показатели координации (соотношение мужчин и женщин)	чел./1000 чел. населения чел./1000 чел. населения чел./1000 чел. населения чел./ чел. населения семей/общ. число семей чел./общ. число новорожденных браков/1000 чел. населения браков/1000 чел. населения чел./ чел. новорожденных чел./чел. несовершеннолетних чел.
Характеристика здоровья несовершеннолетних и охрана репродуктивного здоровья семьи	1. Число беременных женщин, поставленных в ранних сроках на учет и охваченных осмотром терапевта и УЗИ-скринингом. 2. Пренатальное выявление врожденных пороков развития плода. 3. Количество абортс и показатель частоты абортов среди женщин фертильного возраста. 4. Доля абортов первобеременных женщин в общем количестве абортов. 5. Удельный вес родов без патологии. 6. Показатели материнской смертности, в том числе вне стационара. 7. Показатели младенческой смертности, в том числе вне стационара. 8. Показатель больничной летальности детей первого года жизни.	чел. % случаев/1000 родов % случаев/1000 родов чел./1000 чел. населения чел./на 1000 новорожденных чел./чел.в возрасте до 1 года

Кластер	Критерии	Единицы измерения
	9. Уровень острой и хронической заболеваемости детей.	чел./чел. несовершеннолетних
	10. Показатель смертности детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет.	чел./чел. несовершеннолетних
	11. Количество нарушений санитарно-гигиенических условий содержания, воспитания и развития детей в дошкольных образовательных учреждениях и общеобразовательных школах.	случаев
	12. Показатель детской инвалидности в структуре общей популяции детского населения.	чел./чел. несовершеннолетних
	13. Уровень первичной детской инвалидности.	чел./чел. несовершеннолетних
	14. Число женщин, прошедших за счет средств областного бюджета процедуру экстракорпорального оплодотворения.	чел.
	15. Распространенность среди беременных ВИЧ-инфекции.	чел./общ. число беременных
	16. Распространенность среди новорожденных детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.	чел./чел. новорожденных
	17. Показатель уровня заболеваемости среди подростков от 15 до 17 лет социально-значимыми заболеваниями (гонорея, сифилис, токсикомания, туберкулез).	чел./100 000
	18. Обеспеченность горячим питанием в детских учреждениях.	%
	19. Обеспеченность детей первого-второго-третьего года жизни и детей, страдающих фенилкетонурией и тяжелыми формами пищевой непереносимости, специальными молочными продуктами детского питания.	%
	20. Обеспеченность бесплатными лекарственными средствами несовершеннолетних детей	%

В целях получения объективной картины результатов организации медико-социальной помощи семье и детям показатели должны рассматриваться в динамике, в зависимости от выбранного периода отчетности (квартал, полугодие, год, трехлетие, пятилетие и т. п.). Это необходимо для того, чтобы не только выявлять и корректировать планы действий, но и сравнивать полученные результаты с прогнозируемыми (т. е. их синхронизацию), а также моделировать более эффективные варианты действий, например, организационные и управленческие механизмы. Системный мониторинг реализации организации медико-социальной помощи семье и детям в регионе позволяет осуществлять также анализ причин потерь ее результативности и эффективности.

Библиографические ссылки

1. *Шабанова М. А.* Социоэкономика. М., 2012.
2. *Антропова Ю. Ю.* Развитие государственной региональной семейной политики в современных условиях : (опыт Свердловской области). Екатеринбург, 2010.
3. Социально-демографическая безопасность России. Екатеринбург, 2008.
4. *Татаркин А. И., Павлов Б. С.* Социально-экономические оценки и жизненные планы населения в условиях промышленного освоения северных территорий России. Екатеринбург, 2007.